

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Tatiana Rodrigues do Amaral

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AOS
USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
(CAPS ad) DE ANCHIETA/ES**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Tatiana Rodrigues do Amaral

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AOS
USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
(CAPS ad) DE ANCHIETA/ES**

**Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Linhas de Cuidado em
Enfermagem – Doenças Crônicas do
Departamento de Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito parcial
para a obtenção do título de Especialista.**

Profa. Orientadora: Ms. Patrícia Magnabosco

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção aos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de Anchieta/ES** de autoria do aluno **Tatiana Rodrigues do Amaral** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas.

Prof^a. Patrícia Magnabosco
Orientadora da Monografia

Prof^a. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Prof^a. Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus colegas de equipe e aos usuários do CAPS ad que na minha rotina de trabalho são meus alicerces na caminhada em busca do crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares por todo o suporte e compreensão destinados a mim durante o período que me dediquei ao curso. Aos colegas de trabalho pelo apoio e troca de experiências e conhecimento. Aos professores e tutores do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem Doenças Crônicas não transmissíveis pela atenção e disponibilidade ofertadas durante o transcorrer do curso. A Professora Patricia Magnabosco pela sua ótima orientação e tão pronta resposta as minhas solicitações.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	08
2 OBJETIVOS.....	11
3 MÉTODO.....	12
3.1 CRONOGRAMA	13
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	14
4.1 ROTEIRO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO CAPS	
AD/ANCHIETA	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
6 REFERÊNCIAS.....	26
ANEXOS A (ESCALA E COMA DE GLASGOW).....	28

RESUMO

Formas de atenção mais amplas de atendimento a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas vêm sendo propostas pelo Ministério da Saúde e tem sido um desafio para os profissionais que compõe a equipe multidisciplinar das instituições destinadas a esse atendimento. Nesse contexto, a equipe de enfermagem, devido a muitas vezes estarem envolvidos com a rotina do fazer, reserva pouco espaço para a reflexão e sistematização de suas ações. Diante disso, este trabalho traz como objetivos: construir um instrumento norteador para uma atenção de enfermagem integral ao usuário do CAPS ad de Anchieta; criar e propor um roteiro para orientar o histórico da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no CAPS ad de Anchieta e reafirmar a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem como ferramenta direcionadora na construção do processo de enfermagem no CAPS ad. O roteiro foi adaptado a partir do instrumento elaborado por TOLEDO (2004) para atender as necessidades e demandas do CAPS ad/Anchieta e tem como base os Padrões de Reações Humanas da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), sendo eles: trocar, comunicar, relacionar, escolher, mover perceber, conhecer, sentir e valorizar.

1 INTRODUÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira e Reforma Psiquiátrica juntamente com a Lei 10.216/01, trouxeram melhorias na qualidade das ações de saúde para a população que apresenta problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e preconizaram que a oferta de cuidados a essas pessoas deve ser fundamentada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Nessa perspectiva a PORTARIA 336/2002 do Ministério da Saúde apresenta de CAPS ad como um ponto de atenção para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

A dependência química possui uma natureza crônica e recorrente, sua determinação ocorre por meio de evolução progressiva, em que não existe uma fronteira definida entre os estágios de uso, abuso e dependência. É concebida como um fenômeno biopsicossocial, por isso, devido a essa natureza complexa, seu tratamento é algo prolongado (LARANJEIRAS, FIGLIE e BORDIN, 2010).

Nos serviços de atendimento a dependência química, formas de atenção mais amplas vêm sendo propostas. Esse tem sido um desafio para os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar dessas instituições em destaque nesse trabalho a equipe de enfermagem, uma vez que esses profissionais são responsáveis pela dinâmica das transformações dos paradigmas relacionados à saúde e as necessidades dos seres humanos, e necessitam emitir uma resposta de maneira crítica e reflexiva a esses desafios (NASCIMENTO, BACKES, *et al.*, 2008).

Na atualidade, a assistência à saúde está marcada pela fragmentação do saber devido a crescente especialização das profissões. Assim, o olhar e o saber profissional têm sido reducionistas e direcionados, e em muitas vezes, não alcança essa relação complexa do processo saúde doença, deixando o indivíduo a margem de uma assistência ampla e integral, que é preconizada pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) (NASCIMENTO, BACKES, *et al.*, 2008).

Além disso, ao focalizarmos a enfermagem observa-se que com o desenrolar de sua história houve um envolvimento dos profissionais com a rotina do fazer, reservando pouco espaço para a reflexão sobre suas ações. No entanto, alguns profissionais merecem destaque devido aos seus esforços em direcionar as suas atividades, também, a organização e planejamento do serviço de enfermagem (BETEGHELLI, TOLEDO, *et al.*, 2005).

Assim, temos como pioneira no Brasil, referente aos estudos da organização da assistência de enfermagem, Wanda de Aguiar Horta, em 1979 (BETEGHELLI, TOLEDO, *et al.*, 2005).

A organização da assistência de enfermagem, na literatura internacional é denominada Processo de Enfermagem e no Brasil utiliza-se diferentes denominações como Sistematização da Assistência de Enfermagem, Metodologia da Assistência, Planejamento da Assistência, Processo de Cuidado, Processo de Assistência, Consulta de Enfermagem, Processo de Atenção em Enfermagem e Processo de Enfermagem (SILVA, OLIVEIRA, *et al.*, 2011).

A SAE não contempla, necessariamente, todas as fases do processo de enfermagem, sendo um equívoco utilizá-lo como se fossem dois termos que nomeiam a mesma ação, uma vez que sistematizar significa organizar e não se obriga a utilizar todas as fases do processo de enfermagem (SILVA, OLIVEIRA, *et al.*, 2011).

O processo de enfermagem foi inicialmente utilizado no ambiente hospitalar visando a organização do serviço de enfermagem e buscando garantir a autonomia do profissional de enfermagem ao se realizar a sistematização da assistência. Desde então tem sido utilizado nos diversos espaços de atuação do enfermeiro (NASCIMENTO, BACKES, *et al.*, 2008).

A resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) resolve que o Processo de Enfermagem deve ser organizado em cinco etapas que se inter-relacionam: Coleta de dados de enfermagem ou Histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (ENFERMAGEM, 2009).

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Quando esse for realizado em instituições prestadoras de serviço ambulatorial de saúde terá correspondência com a Consulta de Enfermagem (ENFERMAGEM, 2009).

O Processo de Enfermagem fornece elementos para a criação de metodologias para o cuidado humanizado e interdisciplinar, buscando a corresponsabilização do cuidado (NASCIMENTO, BACKES, *et al.*, 2008).

Com o desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica pode-se aferir que a atuação desses profissionais visa à reabilitação psicossocial como um processo dinâmico de transformação para os dependentes químicos e familiares. As ações realizadas por esses profissionais são de caráter evolutivo e preventivas, participando da construção do plano terapêutico individualizado e das abordagens multidisciplinares.

No CAPS AD de Anchieta/ES o atendimento de enfermagem é realizado, atualmente, por meio da consulta de enfermagem, no entanto esse não é compatível com o processo de enfermagem descrito acima. Nota-se carência por um instrumento que norteie a obtenção dos dados e forneça as informações necessárias para a aplicação do processo de enfermagem.

Diante disso torna-se cada vez mais imperiosa a compreensão e desenvolvimento do Processo de Enfermagem nesse serviço de saúde. Além do citado, existe a necessidade por ampliar os referenciais teóricos, buscando sair do ponto já conhecido dos modelos prescritivos e normativos e desenvolver um cuidado com qualidade e baseado nas diretrizes da humanização.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Construir um instrumento norteador para uma atenção de enfermagem integral ao usuário do CAPS ad de Anchieta;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Criar e propor um roteiro para orientar o histórico da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no CAPS ad de Anchieta;
- Reafirmar a importância da (SAE) como ferramenta direcionadora na construção do processo de enfermagem no CAPS ad;

3 MÉTODO

O CAPS ad de Anchieta/ES foi inaugurado em 2012 destacando a proposta tanto de atendimento individual, realizado por todos os profissionais com formação de nível superior, como o atendimento em grupo visando a prevenção ao uso de drogas, tratamento dos usuários e redução do número de hospitalizações devido a dependência química.

O funcionamento do CAPS ad é de segunda à sexta-feira de 7 às 16 horas. Os atendimentos individuais realizados no último trimestre de 2013 foram em média 150 por mês.

O serviço dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por: 01 assistente social, 01 educadora física, 01 enfermeira, 01 farmacêutica, 01 psicólogo, 01 médico psiquiatra, 02 técnicos em enfermagem e 01 terapeuta ocupacional. E uma equipe de apoio administrativo: 02 auxiliares administrativo, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 auxiliar de segurança patrimonial.

O usuário pode ser inserido nas atividades dessa instituição por meio de encaminhamento ou demanda espontânea. O atendimento inicial consiste no acolhimento, sendo esse realizado por todos os profissionais pertencentes à equipe mínima. Consecutivos ao acolhimento ocorrem os agendamentos para o atendimento individual com os profissionais de nível superior. Após esses atendimentos a equipe reúne-se e discute sobre as informações colhidas e constrói o Projeto Terapêutico Singular.

O Município de Anchieta é dividido em dez áreas sob responsabilidade da Estratégia Saúde da Família. E para melhor acompanhamento do tratamento dos usuários, a equipe do CAPS ad adotou a metodologia de técnicos de referência, dividindo os profissionais por área, para que esses sejam responsáveis por acompanhar a frequência aos atendimentos, realizar a busca ativa caso necessário e iniciar discussão do caso na reunião de equipe.

Os atendimentos realizados no CAPS ad são atendimentos em grupo, atendimento individual, oficinas, atendimentos aos familiares (grupo e individual) e assembleias de usuários e familiares. Além disso, o CAPS ad realiza atividades expositivas (palestras, participação em feiras) na comunidade e nas empresas. As atividades voltadas para os familiares (grupo) utiliza-se a metodologia da Terapia Comunitária.

A equipe do CAPS ad é composta pela maioria de profissionais sem especialização na área de dependência química. Além disso, não tem sido disponibilizadas capacitações na área e o município não conta com uma coordenação em saúde mental. Esses entraves tem dificultado o desenvolvimento do serviço, uma vez que a equipe necessita de maior

conhecimento e orientações a respeito do tema para o desenvolvimento de um trabalho mais eficaz. Quanto ao atendimento de enfermagem reitera-se a necessidade de capacitação dessa equipe na área de dependência química e há que se destacar uma baixa adesão a esse atendimento.

Assim, para implementação do roteiro proposto neste trabalho será realizada capacitação da equipe de enfermagem para sua utilização e implementação, visando o esclarecimento de dúvidas. Será comunicado a equipe e coordenação do CAPS ad sobre o início da utilização do mesmo durante a reunião de equipe.

O roteiro será utilizado na consulta de enfermagem com os usuários que serão acolhidos na instituição durante um mês. E será avaliado pela equipe de enfermagem, primeiramente, por meio de uma avaliação escrita em que pontuarão os pontos positivos e negativos do instrumento bem como as sugestões. Em seguida, será realizada uma análise das informações contidas nas avaliações buscando refletir sobre as contribuições deste para a implementação do Processo de Enfermagem no CAPS ad.

Abaixo está demonstrado o cronograma de atividades propostas desde a elaboração, apresentação, capacitação e implementação do roteiro de atendimento de enfermagem.

3.1 CRONOGRAMA

	01/2014	02/2014	03/2014	04/2014	05/2014	06/2014
Pesquisa Bibliográfica e Criação do Instrumento	X	X	X			
Apresentação do instrumento para a equipe e capacitação da Equipe de Enfermagem				X		
Implementação do Roteiro/ Instrumento					X	
Avaliação do Instrumento						X

4 RESULTADO E ANÁLISE

A seguir será apresentado o instrumento proposto para a implementação da atenção de enfermagem integral ao usuário do CAPS ad de Anchieta, bem como a abordagem de alguns dos principais tópicos direcionados para a construção do processo de enfermagem, reafirmando a importância da SAE na organização e melhoria do atendimento de enfermagem.

O roteiro a seguir, Figura 1, foi adaptado a partir do instrumento elaborado por TOLEDO (2004) para atender as necessidades e demandas do CAPS ad/Anchieta. Este instrumento foi utilizado em uma pesquisa em um centro de reabilitação psicossocial e tem como base os Padrões de Reações Humanas da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Esses constituem o arcabouço conceitual para o arranjo dos diagnósticos de enfermagem, sendo eles: trocar, comunicar, relacionar, escolher, mover, perceber, conhecer, sentir e valorizar (TOLEDO, 2004).

4.1 ROTEIRO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO CAPS AD/ANCHIETA

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Data nascimento: _____ N°. prontuário: _____

A - HISTORICO DE ENFERMAGEM

1.0 PADRÃO TROCAR

1.1 ASPECTO CARDIOVASCULAR

a- Frequência cardíaca: _____

b- Ritmo cardíaco: _____

c- Pressão arterial: _____

d- Pulsos periféricos radial e pedioso bilateral (frequência, ritmo, amplitude e simetria): _____

e- Veias varicosas em membros inferiores: _____

f- Temperatura dos membros, coloração, edema e enchimento capilar: _____

1.2 ASPECTO CEREBRAL

a- Nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow): _____

b- Orientação, Comportamento, Comunicação: _____

1.3 ASPECTO OXIGENAÇÃO

a- Respiração (frequência, ritmo e amplitude da respiração, expansibilidade e simetria do tórax, uso musculatura acessória): _____

b- Ausculta pulmonar: _____

1.4 ASPECTO INTEGRIDADE DA PELE E TECIDOS

a- Membranas, mucosas e tecidos subcutâneos (hidratação, textura, elasticidade e mobilidade da pele): _____

b- Aspecto das unhas e condições dos cabelos: _____

1.5 ASPECTO DE NUTRIÇÃO

a - Peso: _____

b- Altura : _____

c - Índice de Massa Corpórea (IMC): _____

d - Hábitos alimentares

- Número de refeições diárias: _____
- Tipos de alimentos e bebidas que comumente ingere: _____
- Local onde realiza as refeições: _____
- Dieta específica: _____
- Alimentos de preferência e os não aceitos: _____
- Alergia alimentar: _____
- Mudança no padrão de apetite nos últimos dias: _____
- Volume da ingestão hídrica: _____

e - Presença de náuseas e vômitos : _____

f- Boca (paladar, halitose, uso de prótese, dificuldade em mastigar e ausência de dentes): _____

1.6 REGULAGEM FÍSICA

Temperatura corporal: _____

Linfonodos: _____

1.7 ELIMINAÇÃO INTESTINAL

a- Funcionamento intestinal (frequência, consistência e cor das fezes): _____

b- Faz uso de algum medicamento ou alimento para regular o intestino: _____

1.8 ELIMINAÇÃO RENAL

a- Número de vezes que urina e cor da urina: _____

b- Presença de disúria: _____

2.0 PADRÃO COMUNICAR

a- Ritmo da fala e tom de voz: _____

b- Conteúdo da fala condiz com o nível socioeconômico e grau de instrução do paciente: _____

c- Gagueira, sotaques e gírias: _____

3.0 PADRÃO RELACIONAR

a- Postura, contato visual e a relação enfermeiro-paciente: _____

b- Vínculo com outras pessoas: _____

c- Papel social: _____

d- Sexualidade: _____

e -Inserção social como cidadão: _____

f – Quais são os membros da família e qual é a relação que tem com os pais, filhos, amigos e cônjuge? O uso de álcool e outras drogas alterou sua responsabilidade nessas relações?

g- Como iniciou o relacionamento atual e como percebe o mesmo? _____

h- Como vivenciou o nascimento dos filhos e a forma como exerce a função paterna/materna? _____

i- Participação nas tarefas da família: _____

j- Quem toma as decisões em casa: _____

k- Quem cuida das crianças e se é responsável por outras pessoas da família: _____

l- A quem procura para apoio em situações difíceis e como a família se mobiliza (como encara as mudanças ocorridas devido a doença)?

m- Ocupação atual: _____

- Há quanto tempo está no emprego atual e quantas horas por semana trabalha: _____

- Grau de capacitação, aspirações e nível de satisfação atual em seu emprego: _____

- Percebe riscos ocupacionais e como lida com o estresse: _____

- O uso de drogas ameaça a capacidade de executar as tarefas em seu emprego: _____

n- Sexualidade

- Possui dificuldades, limitações ou mudanças na atividade ou comportamento sexual? Satisfação com sua vida sexual e atitude perante a relação sexual? _____

- Parceiro fixo e estável ou diversos: _____
- Orientação sexual: _____
- Doenças sexualmente transmissíveis: _____
- A doença e ou tratamento trouxeram algum prejuízo à atividade sexual: _____
- **Se mulher:** Número de partos, cesáreas, abortos e ciclo menstrual _____

4.0 PADRÃO VALORIZAR

- a- Práticas religiosas: _____
- b- Tipos de tratamento ou dietas que são condenados pela doutrina religiosa: _____
- c- Qual é o entendimento do significado do sofrimento e se há alguma relação com o uso de drogas? _____

5.0 PADRÃO ESCOLHER

Consegue tomar decisões construtivas, estabelecer prioridades e fazer julgamentos de maneira crítica? _____

6.0 PADRÃO MOVIMENTAR

- a- Presença de incapacidade física: _____
- b- Tipos de atividades que realiza: _____
- c- Realiza atividade física: _____
- d- Tipos de atividades de lazer: _____
- e- Gestos incomuns ou maneirismo: _____
- f- Sono (número de horas que dorme por noite, presença de cansaço ao despertar, se cochila durante o dia, utiliza algum medicamento para iniciar e manter o sono): _____
- g- Possui plano de saúde, se tem costume de visitar o médico ou dentista rotineiramente: _____
- h- Aparência em relação ao modo de vestir, idade aparente, asseio: _____

7.0 PADRÃO PERCEBER

- a- Qual é a visão e a relação que tem consigo? _____
- b- Tem esperança quanto a sua reabilitação? _____
- c- Presença de alterações de percepção sensorial (alucinações ou ilusões)? _____

8.0 PADRÃO CONHECER

<p>a- Qual grau de conhecimento do paciente sobre sua saúde e doença: _____</p> <p>b- Hospitalizações e cirurgias anteriores: _____</p> <p>c- Estágio motivacional para o tratamento: _____</p> <p>d- Relato cronológico do uso de substâncias psicoativas (aparecimento dos sintomas de síndrome de abstinência e sinais de tolerância): _____</p> <p>e- Uso de medicações (nome, dosagem, frequência e ação): _____</p> <p>f- Presença de doenças psiquiátricas ou uso de drogas na família: _____</p> <p>g - Presença de suicídio ou tentativa: _____</p> <p>h - Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas: _____</p> <p>i - Avaliação da memória (eventos imediatos, recentes e remotos), capacidade de concentração e abstração: _____</p> <p>9.0 PADRÃO SENTIR</p> <p>a- Presença de dor ou desconforto inicial (localização, duração, tipo, radiação, fatores associados, fatores agravantes, fatores aliviantes): _____</p> <p>b- Integridade emocional (o humor, sentimentos de tristeza, medo, euforia, ansiedade): _____</p> <p>c- Eventos estressantes recentes: _____</p> <p>B -DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>C- PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>D- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

FIGURA 1. Roteiro adaptado a partir do instrumento “Roteiro para Histórico de Enfermagem” (TOLEDO, 2004).

A seguir serão apresentadas discussões sobre os temas e tópicos abordados no roteiro acima.

1.0 TROCAR

O padrão trocar avalia a relação de troca fisiológica entre o paciente e o meio, analisando os aspectos cardiovasculares, cerebrais, nutricionais, oxigenação, integridade da pele e tecidos, regulação física, eliminação intestinal, eliminação renal (BETEGHELLI, TOLEDO, *et al.*, 2005).

1.1 ASPECTO CARDIOVASCULAR

Avalia-se frequência e ritmo cardíaco, pressão arterial, pulsos periféricos radial e pedioso bilateral (frequência, ritmo, amplitude e simetria), veias varicosas em membros inferiores, temperatura dos membros, coloração, edema e enchimento capilar.

É importante a avaliação cardiovascular em pacientes que fazem uso de drogas pois o consumo crônico de álcool altera a pressão arterial e eleva os valores de triglicerídeos, e a cocaína pode provocar alteração da pressão arterial, frequência cardíaca e resistência vascular sistêmica (TOFFOLO, APARECIDA, NEMER, 2013 e GAZONI, TRUFFA, *et al.*, 2006).

1.2 ASPECTO CEREBRAL

Nesse subitem do padrão troca avalia-se o nível de consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow (ANEXO A), orientação, comportamento e comunicação.

1.3 ASPECTO OXIGENAÇÃO

Verifica-se a frequência, ritmo e amplitude da respiração, expansibilidade e simetria do tórax, se utiliza musculatura acessória ou necessita de fazer força para respirar e ausculta pulmonar.

1.4 ASPECTO INTEGRIDADE DA PELE E TECIDOS

Observa-se se há alterações em membranas, mucosas e tecidos subcutâneos, avaliando a hidratação, textura, elasticidade e mobilidade da pele. Analisar o aspecto das unhas e condições dos cabelos.

1.5 ASPECTO DE NUTRIÇÃO

Afere-se o peso, altura, calcula-se o Índice de Massa Corpórea (IMC). Questionar ao paciente sobre os hábitos alimentares, número de refeições diárias, quais são os tipos de alimentos e bebidas que comumente ingere, volume da ingestão hídrica, local onde realiza as refeições, se realiza uma dieta específica, alimentos de preferência e os não aceitos, alergia alimentar, mudança no padrão de apetite nos últimos dias, presença de náuseas e vômitos. Faz-se necessário também a avaliação da boca quanto ao paladar, halitose, uso de prótese, dificuldade em mastigar e ausência de dentes.

Oliveira et al (2005) em sua pesquisa sobre avaliação dos hábitos alimentares de dependentes químicos descreve que ao se avaliar os hábitos alimentares praticados antes do processo internação, observa-se que a dieta apresenta déficits de nutrientes essenciais. Além disso, algumas drogas como crack, cocaína, álcool, cigarro lesionam o trato aerodigestivo.

1.6 REGULAGEM FÍSICA

Avalia-se a temperatura corporal e realiza-se o exame dos linfonodos.

1.7 ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Funcionamento intestinal: frequência, consistência e cor das fezes, se faz uso de algum medicamento ou alimento para regular o intestino.

1.8 ELIMINAÇÃO RENAL

Questiona-se sobre o número de vezes que urina, cor da urina, presença de disúria.

2.0 PADRÃO COMUNICAR

Analisa-se o ritmo da fala, tom de voz, se o conteúdo da fala condiz com o nível socioeconômico e grau de instrução do paciente, gagueira, sotaques e gírias.

3.0 PADRÃO RELACIONAR

Avalia-se a postura, contato visual, a relação enfermeiro-paciente, vínculo com outras pessoas, papel social, sexualidade e inserção social como cidadão. No que se refere a relação do paciente com os familiares pede-se para o mesmo descrever os membros da família, se vive sozinho ou com quem, que relações tem com pais, filhos, amigos e cônjuge e se a doença alterou sua responsabilidade nessas relações (como iniciou o namoro, por que casou, como percebe seu casamento, estabilidade da união, como vivenciou o nascimento dos filhos e a

forma como exerce a função paterna); tempo de casamento, viúvo ou divorciado; se houve perda recente na família; participação nas tarefas da família, quem toma as decisões em casa, quem cuida das crianças e se é responsável por outras pessoas da família; se é arrimo de família, nível econômico, quem ele procura para apoio, como a família se mobiliza em situações difíceis, se os membros da família respeitam a opinião de uns dos outros, como encara as mudanças ocorridas devido a doença.

O vínculo está, também, relacionado com a interação dos indivíduos com a família. Essa é essencial na construção, gênese e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, pois transmite aos seus componentes princípios, normas, costumes, opiniões, e também modelos e padrões de comportamentos, compreendendo hábitos nocivos à saúde (ELSEN, 2004; MEDINA, 2010, apud SELEGHIM *et al*, 2011).

Seleghim *et al* (2011), encontrou em seu estudo realizados com usuários de crack que pelo menos um ou mais dos membros da família usavam drogas o que deixa implícito uma tradição familiar do uso dessas substâncias e com forte associação a episódios violentos e rupturas nas relações sociais. Os relatos entre os usuários que eram separados, houveram destaques para os constantes conflitos devido a cobranças para a cessação do uso de drogas, caracterizados por desentendimentos e brigas (SELEGHIM *et al.*, 2011).

As constantes mentiras, os furtos praticados dentro e fora de casa e a violência estão presentes na maioria dos relatos dos dependentes químicos. Isso leva, muitas vezes, também, a ruptura dos vínculos com o trabalho e com a escola (OLIVEIRA, NAPPO, 2008).

Quanto à relação que o paciente tem com as atividades laborais é importante que se questione sobre o papel que desempenha no trabalho, ocupação atual e a escolha profissional, grau de capacitação, estabilidade, aspirações, quantas horas por semana trabalha, há quanto tempo está no emprego atual, se o serviço envolve atividade árdua ou intensa, concentração e gasto de energia mental, se sente que sua ocupação é muito estressante ou o deixa exausto fisicamente, o que faz para aliviar, se leva serviços para casa. Como descreve o nível de satisfação atual em seu emprego, relação com os colegas, superiores e subordinados, para determinar os problemas ou preocupações relacionadas a esses aspectos; se a doença ameaça a capacidade de executar as tarefas em seu emprego.

Costa *et al* (2010), aponta que vários estudos evidenciam a prevalência e a influência negativa do uso de drogas em períodos de realização de atividades laborais e/ou mesmo no ambiente de trabalho. Há uma tendência a queda na qualidade das atividades não apresentando constância na produtividade, alternando períodos de alta e baixa produção. Além disso, os erros são frequentes, tem problemas com a disciplina, dificuldade de

concentração, de memória e entender os comandos. Há um empobrecimento das relações interpessoais, e apresentam maior absenteísmo (COSTA, CUNHA, *et al.*, 2010).

Em relação a sexualidade questiona-se sobre dificuldades, limitações ou mudanças na atividade ou comportamento sexual, satisfação com sua vida sexual e atitude perante a relação sexual, se tem parceiro fixo e estável ou diversos, como se relaciona com eles, se tem disfunções, orientação sexual, doenças sexualmente transmissíveis. Interesse sexual, se a doença e ou tratamento trouxeram algum prejuízo à atividade sexual, se o paciente apresenta alteração na estrutura ou função corporal, que possa interferir na função sexual, como: gravidez, parto recente, drogas, cirurgias, anomalia física e paralisias, ente outras. Número de partos, cesáreas, abortos e ciclo menstrual.

Piccolo e Knauth (2002) encontraram em sua pesquisa sobre uso de drogas, sexualidade e redução de danos que a maioria dos entrevistados possuía conhecimento sobre como evitar a contaminação por doenças sexualmente transmissível e que as unidades de saúde disponibilizam os preservativos, porém durante a relação sexual nem sempre ocorre o uso desses. Além disso, muitas vezes, a prática sexual é uma moeda de troca para aquisição de drogas, facilitando assim o risco de infecção e afirmando o não uso do preservativo (PICCOLO, KNAUTH, 2002).

4.0 PADRÃO VALORIZAR

Questiona-se sobre suas práticas religiosas, vínculo com líder religioso. Existência de tipos de tratamento ou dietas que são condenados pela doutrina religiosa. Se há conflito interno sobre sua crença, o entendimento do significado do sofrimento e se há alguma relação com o uso de drogas.

Klein *et al.* (2006) e Brown (2006) apud Sanchez e Nappo (2007) apresentaram estudos sobre consumo de drogas em mulheres em risco e avaliaram que a religiosidade apresenta papel protetor a prevenção ao uso de drogas bem como favorece a diminuição quando o uso já ocorre.

Sendo que os fatores determinantes a manutenção da abstinência bem como da prática religiosa são: o bom acolhimento recebido, a pressão positiva do grupo e apoio dos líderes religiosos quanto a modificação e reestruturação do estilo de vida, com a construção de novos vínculos (SANCHEZ, 2006 apud SANCHEZ, NAPPO, 2007).

Encontrou-se também que participantes de grupo de ajuda mútua como dos narcóticos anônimos (NA), apresentaram maiores taxas de abstinência quando paralelo a frequência ao

grupo havia um vínculo com alguma prática religiosa (DAY *et al.*, 2003 apud SANCHEZ, NAPPO, 2007).

5.0 PADRÃO ESCOLHER

Como reage frente a situações problemáticas, se recebe bem a ajuda externa, em caso de depender de alguém para sanar suas necessidades e como se relaciona com essa dependência. Consegue tomar decisões construtivas, estabelecer prioridades e fazer julgamentos de maneira crítica.

Barkin, Smith e Durant (2002) apud Wagner e Oliveira (2007) comprovaram que os jovens diante da dificuldade em solucionar problemas, da pouca habilidade de enfrentamento de situações de risco a autoestima e da busca por torna-se mais sociáveis imergem no uso de drogas como um meio de fuga e apoio. Assim com o desenvolvimento da capacidade de serem assertivos, os mesmo se capacitam para a tomada de decisão de recusa ao uso de drogas.

6.0 PADRÃO MOVIMENTAR

Possui alguma incapacidade física, tipos de atividades que realiza, gestos incomum ou maneirismo. Consegue realizar as atividades diárias de sua responsabilidade, sente muito cansaço ou fraqueza, realiza atividade física. Tipos de atividades de lazer.

Questiona-se sobre o sono, número de horas que dorme por noite, presença de cansaço ao despertar, se cochila durante o dia, utiliza algum medicamento para iniciar e manter o sono.

Investiga-se como lida com as atividades cotidianas (planejamento e execução). Possui plano de saúde, se tem costume de visitar o médico ou dentista rotineiramente. Avalia-se a aparência em relação ao modo de vestir, idade aparente, asseio.

Reinarman *et al.* (1997) apud Raupp e Adorno (2010) em um estudo realizado com usuários de crack encontrou que o intenso prazer, euforia e aumento da autoconfiança conseguido com o uso dessa substância leva a perda de interesse por outras atividades direcionando suas forças e interesse apenas a aquisição da droga. Isso leva, também, a negligência às necessidades básicas o que pode comprometer a saúde.

7.0 PADRÃO PERCEBER

Questiona-se sobre a visão e a relação que tem consigo, ao tipo de pessoa que é, como sente e se percebe em relação a outras pessoas. É importante avaliar se há alteração da

percepção de si e esperança quanto a sua reabilitação. Se há alterações de percepção sensorial além de alucinações ou ilusões.

Sousa e Oliveira (2010) encontrou em seu estudo sobre internação de dependentes químicos em hospital geral que 60,6% das pessoas que buscavam por internação apresentavam entre outros sinais e sintomas alucinações audiovisuais e delírios. Além disso, esses são comuns na Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA).

8.0 PADRÃO CONHECER

Avalia o grau de conhecimento do paciente sobre sua saúde, doença, hospitalizações e cirurgias anteriores. A visão da patologia, se atribui a causas internas ou externas, presença de negação e estágio motivacional para o tratamento. Relato cronológico do uso de substâncias psicoativas, aparecimento dos sintomas de síndrome de abstinência e sinais de tolerância, uso de medicações (nome, dosagem, frequência e ação). Presença de doenças psiquiátricas ou uso de drogas na família, presença de suicídio ou tentativa. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas. Avaliação da memória (eventos imediatos, recentes e remotos), se o nível de escolaridade é condizente com o vocabulário, capacidade de concentração e abstração.

Avaliar o estágio de motivação é importante pois analisa a prontidão do indivíduo para mudar. Prochaska e DiClemente (1982) desenvolveram o Modelo Transteórico em que busca analisar os estágios de mudança pelos quais as pessoas passam. E pode ser avaliado por um instrumento que divide esses estágios em quatro: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (PROCHASKA E DICLEMENTE, 1982 apud OLIVEIRA, LARANJEIRA *et al.* 2003).

9.0 PADRÃO SENTIR

Presença de dor ou desconforto inicial, localização, duração, tipo, radiação, fatores associados, fatores agravantes, fatores aliviante. Deve-se avaliar a integridade emocional, o humor, sentimentos de tristeza, medo, euforia, ansiedade, eventos estressantes recentes e modo como demonstra afeto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No CAPS ad busca-se, entre outras coisas, promover a recuperação do uso de drogas, prevenir a recaída e a reinserção social. Diante disso, a atuação do enfermeiro é de extrema relevância uma vez que, a enfermagem é uma ciência que visa a assistência integral, buscando atender as necessidade básicas, almejando a autonomia e independência.

Assim, a implementação do instrumento proposto possibilitará a equipe de enfermagem realizar sua assistência de maneira sistematizada, crítica e reflexiva. Além disso, esse recurso possibilitará um maior conhecimento acerca do paciente e poderá, dessa maneira, colaborar mais efetivamente junto a equipe multidisciplinar. Dessa forma, com a melhoria da qualidade da assistência, consequentemente, haverá uma valorização do instrumento por parte dos profissionais.

6 REFERENCIAS

BETEGHELLI, P. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Ambulatório de Saúde Mental. Revista Eletronica de Enfermagem, 2005. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/899>>. Acesso em: 01 Dezembro 2013.

COSTA, S. H. N. et al. Survey on the use of psychotropic drugs by twelve military police units in the municipalities of Goiânia and Aparecida de Goiânia, state of Goiás, Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.32 no.4 São Paulo Dec. 2010 Epub Aug 13, 2010, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400012&lang=pt>. Acesso em: 16 fevereiro 2014.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na prática. Revista de Psicologia da UNESP, 2007. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/46/87>>. Acesso em: 21 Outubro 2013.

ENFERMAGEM, C. F. D. Resolução COFEN 358/2009, 2009. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 25 Janeiro 2009.

GAZONI, F. M. et al. Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína. Relato de caso. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2006000400019&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 Fevereiro 2014.

LARANJEIRAS, R.; FIGLIE, N. B.; BORDIN, S. In: _____ Aconselhamento em dependência química. 2. ed. [S.l.]: Roca-Brasil, 2010.

NASCIMENTO, K. C. D. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, p. 643-8, 2008.

OLIVEIRA, E. R. N. D. et al. Avaliação do Hábitos Alimentares e dos dados Antropométricos de dependentes químicos. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, 2005. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/204/178>>. Acesso em: 16 Fevereiro 2014.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>>. Acesso em: 16 Fevereiro 2014.

OLIVEIRA, M. D. S. et al. Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a06v16n2.pdf>>. Acesso em: 12 Março 2014.

PICCOLO, F. D.; KNAUTH, D. R. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. *Horizontes Antropológicos*, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100007>. Acesso em: 01 mar. 2014.

RAUPP, Luciane; ADORNO, Rubens de C. F.. Uso de crack na cidade de São Paulo / Brasil. *Toxicodependências*, Lisboa, v. 16, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2014.

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, supl. 1, 2007. Acesso em: 09 Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700010&lng=en&nrm=iso>.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. vol.19, Sept./Oct. 2011. ISSN http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, May 2010. Acesso em: 12 Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300009&lng=en&nrm=iso>.

TOFFOLO, M. C. F.; APARECIDA, M. C.; NEMER, A. S. D. A. Fatores de risco cardiovascular em alcoolistas em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852013000200004&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 16 Fevereiro 2014.

TOLEDO, V. P. Sistematização da Assistência de Enfermagem Psiquiátrica em um serviço de reabilitação. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde./TOLEDO_VP.pdf>. Acesso em: 01 Dezembro 2013.

WAGNER, Marcia Fortes; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicol. clín.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652007000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Mar. 2014.

ANEXO A

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Indicadores	Resposta observada	Escore
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	Estímulos verbais	3
	Estímulos dolorosos	2
	Ausente	1
	Não Testável	NT
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons ininteligíveis	2
	Ausente	1
	Não Testável	NT
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Obedece comandos verbais	6
	Localiza estímulos	5
	Retirada inespecífica	4
	Padrão flexor	3
	Padrão extensor	2
	Ausente	1
	Não Testável	NT

Fonte: MUNIZ *et al.* (1997).